FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 49.

SUR UN CAS DE LYMPHADÉNOME DES FOSSES NASALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Janvier 1896

PAR

Marie-Jean-François-Joseph-Octave de LA BARRIÈRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 8 Novembre 1873 à CASTELNAU-D'AUZAN (Gers)

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	COYNE	professeur	*Juges*
	CASSAET	agrégé	
	CANNIEU	agrégé	

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91
1896

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1895 — 1896 N° 49.

SUR UN CAS DE LYMPHADÉNOME DES FOSSES NASALES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Janvier 1896

PAR

Marie-Jean-François-Joseph-Octave de LA BARRIÈRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né le 8 Novembre 1873 à CASTELNAU-D'AUZAN (Gers)

Examinateurs de la Thèse..	MM. DEMONS	professeur	*Président*
	COYNE	professeur	*Juges*
	CASSAET	agrégé	*Juges*
	CANNIEU	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1896

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD. CASSAET. AUCHE. SABRAZÈS. LE DANTEC.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie	PRINCETEAU. CANNIEU.
Physiologie	PACHON.
Histoire naturelle	BEILLE.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Clinique des maladies des voies urin.	POUSSON	Accouchements	RIVIÈRE
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Chimie	DENIGÈS

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MA TANTE MADEMOISELLE G. BENTÉJAC

A MON COUSIN LE DOCTEUR A. DE LA BARRIÈRE

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAËT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMONS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE BORDEAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

INTRODUCTION

A côté des tumeurs bénignes des fosses nasales dont la classification actuelle est probablement définitive, il existe le groupe clinique des tumeurs malignes que nous croyons incomplet et auquel nous proposons d'adjoindre les lymphadénomes qui ne paraissent pas signalés jusqu'ici dans les auteurs classiques.

Il est fâcheux que nous n'ayons à notre disposition qu'une seule tumeur de cette nature ; il ne nous sera donc possible que d'esquisser à peine l'aspect clinique de cette affection. En somme, notre œuvre se bornera à attirer l'attention sur un sujet nouveau. Nous indiquons un cadre dans lequel nous glisserons des faits malheureusement peu nombreux qu'évidemment l'avenir modifiera un peu, mais surtout complètera.

Dans un premier chapitre, nous ferons quelques considérations générales sur les termes de lymphadénome et de lymphosarcome et nous passerons en revue les quelques

documents historiques qui peuvent se rapporter à notre sujet. Nous noterons en passant l'histoire de la lymphadénie des organes du voisinage, naso-pharynx et amygdales.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons l'étiologie du lymphadénome des fosses nasales.

En troisième lieu, l'étude histologique de la pièce que nous possédons sera faite en détail. Nous avons joint à notre thèse une reproduction photographique d'une coupe vue au microscope.

Dans le quatrième chapitre, nous étudierons les symptômes de cette affection, d'après l'analyse de la seule observation qui existe.

Nous développerons ensuite quelques considérations de pathogénie que nous ferons suivre de quelques vues générales sur le pronostic et la marche probable de l'affection.

Nous consacrerons un paragraphe au diagnostic, et dans un dernier chapitre nous nous occuperons du traitement. Vient ensuite l'observation.

En terminant nos études médicales à la Faculté de Bordeaux, il est de notre devoir de remercier nos maîtres et nos amis qui nous ont honoré de leur sympathie et prodigué leurs précieux conseils.

Nous devons beaucoup à M. le docteur Brindel, aide de clinique à la consultation des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez; il a mis à notre entière disposition son talent d'histologiste et fait l'étude histologique complète de la tumeur dont nous relatons l'observation : nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le professeur agrégé Cassaët a droit à toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a témoigné pendant le cours de nos études.

Nous remercions tout particulièrement M. le docteur Moure qui nous a accueilli avec tant de bienveillance à sa clinique, nous a inspiré le sujet de notre thèse et fourni l'observation que nous relatons.

Nous prions aussi M. le professeur Demons de vouloir bien accepter l'hommage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales et Historique.

Dans son *Traité d'Anatomie pathologique* (1893), M. Coyne, dans le chapitre des néoplasies lymphatiques, dit : « On ne doit pas non plus confondre les lymphadénomes avec l'hypertrophie simple des ganglions, etc., etc. Enfin, certains auteurs ont voulu établir une variété de sarcome lymphadénoïde dans lequel le tissu pathologique serait formé d'un réticulum délicat renfermant des cellules rondes différentes des cellules lymphatiques par leur volume qui serait le double de ces dernières. Ces tumeurs appartiennent au groupe des sarcomes globo-cellulaires. »

Dans le *Traité de Chirurgie* de Delbet et Le Dentu (1896), Delbet écrit à l'article *Lymphadénome à type irrégulier* : « Ces lymphadénomes à prédominance cellulaire forment des tumeurs de consistance molle; ce sont celles-là qui ont été surtout qualifiées de lympho-sarcomes. Dans ce type à prédominance cellulaire, il faut distinguer deux sous-variétés, suivant que les cellules sont petites ou grosses.

» Dans la première sous-variété, les cellules ne dépassent pas 10 μ. Elles couvrent le réticulum d'ailleurs peu développé et le masquent complètement sur les points qui n'ont pas été traités au pinceau.

» Dans la seconde sous-variété, au contraire, les cellules mesurent de 20 à 23 μ. Ce sont surtout ces formes qui ont été qualifiées de sarcomes, de lympho-sarcomes, de sarcomes lymphadénoïdes. Tous ces termes ne prêtent qu'à confusion : il faut partir de données conventionnelles peut-être, rationnelles en tout cas, et il faut que ces données soient fixes, sans quoi la nomenclature devient chancelante, ce qui a pour résultat de rendre incompréhensibles les choses les plus simples.

» Le réticulum est la caractéristique histologique de l'espèce lymphadénome. Toute tumeur dont le tissu présente un réticulum est donc un lymphadénome et non un sarcome. Sans doute il n'y a rien d'impossible à ce qu'un sarcome se développe dans les ganglions lymphatiques, mais alors il détruira le tissu ganglionnaire, il aura dans les ganglions la même structure qu'il aurait ailleurs, il ne présentera pas de réticulum.

« Le mot de lympho-sarcome ne prête qu'à confusion puisqu'il peut servir à désigner le sarcome des ganglions et aussi le lymphadénome ganglionnaire malin : il faut donc l'abandonner. Quant à ranger les tumeurs à réticulum dans les sarcomes, comme le fait Butlin, c'est dénier arbitrairement toute importance au réticulum. Que le tissu adénoïde et le tissu conjonctif embryonnaire appartiennent à la même série, c'est incontestable ; qu'ils soient très voisins l'un de l'autre, c'est possible, et même aussi qu'il existe des formes de transition entre les deux, mais cependant ils ne sont pas identiques, et cliniquement les lymphadénomes ont une physiono-

mie spéciale qui ne permet pas de les confondre avec les sarcomes. »

D'autres auteurs ne font aucune différence entre le lymphadénome et le lymphosarcome, et ce sont peut-être les plus nombreux; aussi, si nous nous servons dans le cours de notre travail du terme lymphadénome nous ne préjugeons en rien sur la différenciation à établir entre cette tumeur et le lymphosarcome.

Bien que dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, A. Gilbert déclare que des productions lymphadéniques peuvent apparaître dans les muqueuses *du nez*, de la trachée, des bronches, dans les muscles, le myocarde, etc., etc., nous avons vainement cherché dans quantité d'auteurs la relation d'un cas de lymphadénome des fosses nasales.

Nous avons bien trouvé à noter une observation de Sikkel, d'Utrecht, qui relate le fait suivant : il s'agit d'une paysanne de quarante-six ans, qui souffrait depuis longtemps de céphalalgie, d'obstruction du nez et d'épistaxis. Elle était faible et amaigrie. La narine gauche était obstruée par une masse rouge mûriforme, saignant facilement, qui paraît avoir eu son point de départ sur la cloison. Dans la narine droite, il y avait une tumeur plus petite, nettement circonscrite. L'opération fut pratiquée à l'anse chaude, très facilement du côté droit, tandis que du côté gauche il y eut une violente hémorrhagie. Plus tard, la cloison se montre perforée. Le traitement à la curette coupante et au galvano-cautère fut continué pendant six semaines. A ce moment, la malade fut améliorée et depuis cette époque il n'y a pas eu de longtemps trace de récidive.

L'examen microscopique a démontré qu'on avait affaire à une tumeur mixte dans laquelle il existait de nombreuses cellules lymphatiques, mais associées à des cellules épithé-

liales typiques. Il s'agissait donc d'un lympho-carcinome : ce n'est point le genre de tumeur dont nous nous occupons.

Nous trouvons aussi dans le compte rendu de la Société belge d'otologie, de juin 1895, un cas cité par M. Wodon, pour lequel il demande la conduite à tenir chez un malade porteur d'une tumeur ulcérée, large comme une pièce de 2 francs, développée sur le lobule du nez : l'auteur déclare que c'était un sarcome lymphadénoïde. On voit que s'il s'agissait en réalité d'un lymphadénome, ce cas ne peut être assimilé au nôtre, puisque cette tumeur se développait hors des fosses nasales.

En revanche, la littérature médicale est déjà et sera vite mieux au courant de la lymphadénie des organes avoisinant les fosses nasales, naso-pharynx et des amygdales. Toutefois pendant longtemps, elle était presque inconnue, tellement que Gérardin ne cite que le cas d'Israël.

Kundrat, plus récemment Eisenmenger rapportent des cas intéressants de lymphadénomes du palais et du pharynx observés dans ces dernières années, se bornant à l'étude de lymphadénomes développés dans des organes à tissu adénoïde.

Koshier, en 1893, traite dans le *Wien. Klin. Wochenschrift,* du lymphadénome de la cavité naso-pharyngienne et du larynx.

Enfin, à la réunion des médecins allemands de septembre 1894, après la lecture d'un travail présenté par Chiari, puis par Stœrk, il s'ouvre un débat sur cette lymphadénie du naso-pharynx et des amygdales ; chacun des membres du Congrès apporte son contingent d'observations.

Récemment, 15 juin 1895, Cartaz, publie dans la *Revue d'otologie, de laryngologie et de rhinologie,* deux observations très étudiées de lymphadénome des amygdales.

Tout ceci établit que la question de la lymphadénie est à l'ordre du jour, mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans aucun de ces rapports ou débats, il n'est relaté de fait ayant trait à des lymphadénomes développés dans les fosses nasales. Cependant il est à noter que, dans ce Congrès de médecine allemande, tenu en 1894, Grossmann déclare qu'il croit que ces sortes de tumeurs de la bouche, *du nez* et du pharynx, ne sont pas rares; ceci, d'ailleurs, sans preuves à l'appui, du moins pour la question qui nous concerne.

Malgré que la littérature médicale soit donc parfaitement muette au sujet du lymphadénome des fosses nasales, on en doit admettre l'existence. Puisque la présence du tissu lymphoïde dans un organe à l'état normal ne constitue, en aucune façon, une condition nécessaire au développement de la lymphadénie dans cet organe; puisque des productions lymphadéniques peuvent apparaître dans les muqueuses de la trachée, des bronches, dans les séreuses, les muscles striés, le myocarde, l'utérus, les aponévroses, le tissu cellulaire, la peau, les os, etc., nous ne voyons pas pourquoi on se refuserait à admettre l'existence d'une localisation sur la muqueuse nasale, où d'ailleurs il existe du tissu lymphoïde en petite quantité.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les causes des tumeurs du nez sont très obscures, en particulier celles des tumeurs malignes. On ne s'étonnera donc pas que nous ne puissions pas faire même des hypothèses au sujet du lymphadénome des fosses nasales.

Nous ne relevons pas, parmi les commémoratifs, le traumatisme qu'on a invoqué pour les tumeurs malignes, un peu par analogie avec les tumeurs des autres régions. Eisenmenger dit à propos de la lymphadénie du pharynx et du voile du palais : la cause de la maladie est inconnue. Les malades, atteints de cette affection localisée au pharynx nasal, que ce dernier auteur a observés à la clinique Albert sont tous des sujets masculins âgés respectivement de 14, 21, 23, 35 et 53 ans.

Des deux malades observés par Cartaz, l'un est un homme, l'autre une femme, tous les deux âgés de soixante ans.

Koshier dans le cas de lymphadénie du larynx qu'il a eu à traiter avait affaire à une femme de trente-trois ans.

Le cas que nous rapportons concerne une femme âgée de quarante-cinq ans.

D'après ces seules données, il nous est absolument impossible de tirer des conclusions d'âge ou de sexe à l'endroit de la lymphadénie pharyngienne et amygdalienne. A plus forte raison, ne pouvons-nous rien préjuger pour la lymphadénie nasale. Nous nous bornons à rapprocher des faits qui, au point de vue de la stricte exactitude, ne sont pas absolument comparables entre eux.

Il paraît cependant assez admissible que la lymphadénie nasale, pharyngienne et amygdalienne obéisse à la loi d'âge qui régit la lymphadénie ganglionnaire, et que la statistique de Goves établissant un âge moyen de trente à quarante ans lui soit applicable. Suivant le même ordre d'idées, on pourrait admettre que, pour une raison qu'on ignore absolument, la lymphadénie pharyngienne, amygdalienne et peut-être nasale serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme dans la porportion de 11 à 3. Les cas que nous avons indiqués à propos de la lymphadénie amygdalienne et pharyngienne paraissent obéir à cette loi.

Dans notre observation, le lymphadénome des fosses nasales s'est produit chez une femme.

Pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents syphilitiques ni tuberculeux, pas d'antécédents d'alcoolisme ; d'ailleurs, l'importance de ces antécédents au point de vue étiologique n'est pas très bien établie.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique et étude histologique.

Examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique par M. le docteur Brindel.

Une parcelle de la tumeur a été enlevée chez la malade avant l'opération définitive pour être soumise à l'examen histologique : son ablation a été suivie d'une hémorrhagie abondante qui a nécessité un tamponnement de vingt-quatre heures.

Le fragment, fixé par l'alcool sublimé, a été inclus dans la paraffine. Les coupes ont été colorées sur lame au picro-carmin de Ranvier.

A un faible grossissement, elles ont une coloration à peu près uniforme, sauf en un point de la périphérie où existe un liseré légèrement plus rouge formant enveloppe.

La masse est composée par un réticulum excessivement fin rempli par de petites cellules dont les noyaux arrondis, seuls visibles, sont très bien colorés. Il existe dans chaque maille 3, 4, 5 noyaux. A la périphérie, les mailles sont allongées légèrement et les tractus qui les composent constituent

des faisceaux presque parallèles au liseré enveloppant. Plus au centre, ces tractus naissent de tractus un peu plus volumineux venant de la surface sectionnée et s'étalant en éventail, puis revenant vers le tronc principal, de manière à décrire des ovales plus ou moins irréguliers. Ces ovales sont remplis par les mailles décrites plus haut.

Le liseré enveloppant est formé de 2 à 3 couches de tissu fibreux ondulé, à fibres entre-croisées dans le sens de la longueur et qui renferment dans leurs intervalles quelques cellules rondes.

En un point situé sous cette enveloppe, laquelle n'est pas très tranchée et semble constituée par un réticulum un peu plus gros et un peu plus serré que celui des mailles, existe une infiltration sanguine qui pénètre assez profondément dans la coupe : le sang n'est limité par aucune membrane.

A l'une des extrémités de la préparation, immédiatement au-dessous du liseré rouge, existe, sans ligne de démarcation avec le reste de la tumeur, un réticulum délicat, uniforme, à mailles un peu plus larges, où on ne retrouve plus que des cellules éparses, et principalement à l'entrecroisement du réseau.

En aucun endroit, on ne découvre de vaisseaux à parois propres.

Un grossissement plus fort ne décèle rien de particulier; toutefois il permet de reconnaître la position exacte de cellules dans l'intérieur des mailles. Ces cellules adossées les unes aux autres sont quelquefois assez nombreuses pour remplir totalement la maille. Il va sans dire que, seul, le noyau est coloré et que la numération des cellules se fait par le noyau petit et rond qui les représente.

Quelques-unes des coupes ont été pinceautées; les cellules qui occupaient le réticulum ont disparu totalement, et, à un

faible comme à un fort grossissement, on a l'image d'un réticulum lymphatique plus épais en certains endroits.

Quand la tumeur a été enlevée en totalité, des parcelles en ont été fixées comme précédemment à l'alcool sublimé et montées à la paraffine : les coupes ont été pinceautées et colorées à l'éosine hématoxylique.

Sur ces coupes il est facile de reconnaître de grands îlots ovalaires circonscrits par de grandes travées de tissu conjonctif allongées parallèlement aux îlots, entrecroisées dans le sens de la longueur et parfaitement délimitées. Les plus grands des îlots sont circonscrits de toutes parts par les faisceaux conjonctifs qui ne pénètrent d'aucune façon dans leur intérieur ; ils sont remplis par un réticulum excessivement petit, mais très régulier, à mailles polygonales, qui n'est autre qu'un réticulum fibrineux : ce serait donc du sang qui occuperait ces grands îlots ; on retrouve cette même disposition sur des îlots plus petits, arrondis, à membrane d'enveloppe formée d'un ou deux faisceaux au plus de tissu conjonctif.

En d'autres points, les îlots ont une forme géométrique moins définie ; les travées conjonctives qui en constituent la limite externe, souvent fort incomplètes, pénètrent parfois dans leur intérieur et les divisent en deux ou trois îlots secondaires, toujours dans le sens de la longueur. Certains de ces îlots n'ont qu'une moitié, un quart de leur circonférence munie de paroi fibreuse ; le reste se confond avec le tissu environnant, ce qui n'empêche pas deux ou trois travées de traverser la masse et de former de ci, de là de petits îlots secondaires.

Autour de ces îlots sont des mailles de tissu conjonctif entrecroisées dans tous les sens et renfermant un réticulum délicat, véritable réticulum lymphatique. A la périphérie, ces mailles sont allongées dans le sens de la surface. Un point

de ce réticulum a pu être photographié par M. Rivière, ex-préparateur au laboratoire des cliniques : nous en donnons la reproduction dans notre travail.

Sur un des bords des préparations qui ont été faites existe, vers le milieu, une substance amorphe creusée çà et là de petites cavités allongées, vides, et d'où semblent partir toutes les travées principales. Elle est très peu colorée ; ses bords irréguliers se laissent pénétrer par la naissance du tissu lymphadénique. M. le professeur Coyne, qui a bien voulu examiner ces préparations, considère cette substance comme du tissu cartilagineux : là serait donc le point d'implantation de la tumeur.

En résumé, il s'agit bien d'un lymphadénome caractérisé par un réticulum lymphatique rempli par de petites cellules disparaissant par le pinceautage.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Juffinger dit que dans un cas de lymphadénome naso-pharyngien qu'il a eu l'occasion d'observer dès le début, le premier symptôme a consisté en hémorrhagies fréquentes mais peu abondantes du nez et de la bouche, et il engage à porter une attention spéciale sur ce signe.

Ce que cet auteur a remarqué paraît s'appliquer parfaitement au lymphadénome nasal et cadrer avec notre observation. Il y est dit, en effet, que notre malade avait de fréquentes épistaxis, cinq à six fois par jour, se produisant au moment où elle cherchait à se baisser. D'ailleurs, c'est là le fait de plusieurs tumeurs malignes de la même région.

Egalement caractéristique et parfaitement applicable à la plupart des tumeurs à marche rapide, est l'histoire que raconte la malade. Un mois et demi seulement avant d'aller consulter M. le docteur Moure, à la Clinique rhinologique de

la Faculté, ces épistaxis sont devenues fréquentes au point de l'inquiéter, et, quinze jours après, elle s'est aperçue de l'impossibilité dans laquelle elle se trouvait de respirer par la narine droite. Dans l'intervalle des épistaxis s'écoulait par la narine un liquide fétide, séro-sanguinolent.

En somme, on n'a à noter dans l'observation qui fait le sujet de notre thèse, à part l'épistaxis et l'écoulement fétide, que des phénomènes d'obstruction nasale, pas de douleurs ni de déformation de la face.

La rhinoscopie antérieure faisait voir une tumeur d'un blanc grisâtre, de consistance dure, à surface bosselée, irrégulière, saignant au moindre attouchement. Ces caractères de coloration et d'hémorrhagie sont ceux de beaucoup de tumeurs malignes de cette région.

Les hémorrhagies produites par ce lymphadénome ont été de deux ordres; ou spontanées ou très facilement provoquées; le simple toucher pouvait les faire survenir; à plus forte raison l'ablation d'une parcelle de la tumeur a-t-elle amené une hémorrhagie très violente. Ceci témoigne de son extrême vascularité.

L'hémorrhagie spontanée, elle, est due à ce fait, qu'entre toutes les muqueuses, la pituitaire est vraiment prédisposée aux ruptures vasculaires par la richesse des vaisseaux qui la parcourent et qui constituent par places un véritable tissu érectile; il suffit d'une altération insignifiante des capillaires de la muqueuse pour donner lieu à une épistaxis : c'est ce qui se produit dans des cas de tumeur maligne des fosses nasales.

Quand le lymphadénome se rencontre dans les muscles, il y est toujours secondaire : Brousse et Gérardin ne signalent qu'un cas de lymphadénome primitif des os. Les poumons sont encore souvent le siège de tumeurs secondaires de même

nature. Dans le naso-pharynx ou les amygdales, il est accompagné d'un envahissement lymphadénique des ganglions.

Dans le cas que nous publions, la localisation dans la fosse nasale a été absolument primitive et isolée. La malade ne présentait pas de symptômes de leucémie ni de tendance à la cachexie ; au contraire, son état de santé était très florissant.

Nous insistons donc sur ce fait que cette tumeur s'est présentée isolément, contrairement au fait général que les tumeurs lymphadéniques sont à peu près toujours multiples. (A. Delbet).

CHAPITRE V

PATHOGENIE

La pathogénie de la lymphadénie n'est pas encore élucidée. Deux théories sont en présence : celle qui assimile le lymphadénome à un néoplasme, l'autre qui prétend en faire une maladie infectieuse.

M. A. Delbet s'est fait le défenseur de cette dernière, et, dans la thèse qu'il soutient, prend pour type la lymphadénie ganglionnaire. Il allègue en sa faveur des arguments qu'il classe en trois groupes : des arguments rationnels, anatomiques, bactériologiques.

Parmi les arguments rationnels :

1° Il cite des alternatives d'augmentation et de diminution qui sont loin du génie des néoplasmes malins ;

2° Il se demande si on voit un néoplasme malin envahir d'une manière exclusive, élective, un seul système anatomique, comme il arrive dans la lymphadénie ;

3° Le début de l'hypertrophie coïncide avec des lésions des muqueuses, séreuses, etc. ;

4° Il se produit des élévations de température qui accompagnent souvent les poussées ganglionnaires ;

5° La forme aiguë des lymphadénies ne s'observe guère dans les néoplasmes vrais, sauf dans la mammite carcinomateuse ;

6° Enfin la cachexie terminale ne ressemble en rien à celle du cancer.

Parmi ses autres arguments, il en est un sur lequel il fonde les plus grandes espérances pour gagner sa cause, c'est la reproduction expérimentale de la lymphadénie par l'inoculation à un chien d'un bacille trouvé dans le sang de la rate d'une femme atteinte de lymphadénome généralisé.

A cette théorie très séduisante et brillamment soutenue, Delbet prévoit plusieurs objections et particulièrement une à laquelle on doit attribuer une grosse valeur : comment se peut-il développer des tumeurs secondaires à type adénoïde dans des organes qui à l'état normal ne renferment pas de tissu adénoïde ? C'est là le propre des néoplasmes ; c'est cependant là aussi un fait qui se produit.

Le lymphadénome des fosses nasales que nous connaissons s'est développé, lui, dans une muqueuse où existe du tissu adénoïde, mais vraiment il a eu des allures absolument identiques à celles d'un néoplasme. On serait assurément tenté, si la théorie infectieuse de la lymphadénie était vraie, de se demander avec Delbet lui-même, si le lymphadénome de certains organes est de même nature que la lymphadénie ganglionnaire.

Si c'est un néoplasme, s'est-il développé primitivement aux dépens du tissu normal des fosses nasales ? On inclinerait presque, au contraire, à croire qu'il serait dérivé d'une tumeur myxomateuse : la chose est assurément possible. Il est admis, en effet, qu'en général les tumeurs peuvent, à un

moment donné, subir une transformation anatomo-pathologique, et, au point de vue clinique, de bénignes devenir malignes.

Les myxomes des fosses nasales n'échappent pas à cette règle; Schiffer entr'autres a consacré un travail à l'étude de ces transformations.

Ce qui nous déterminerait à penser que le point de départ du lymphadénome a pu être un simple polype muqueux, c'est le fait suivant : il s'est produit, dans le voisinage de la tumeur, six mois et demi après l'ablation, une petite tumeur reconnue pour être un polype myxomateux, désigné vulgairement sous le nom de myxome. Or on admet aujourd'hui que, quand il se produit un polype sur la muqueuse nasale, une partie de la muqueuse est souvent en état de dégénérescence myxomateuse, caractérisée principalement par un changement de coloration de la muqueuse qui devient blanchâtre, par de la dilatation des vaisseaux et la propriété de ne point se rétracter sous l'influence de la cocaïne. Cette dégénérescence serait due soit à des rhinolithes, des empyèmes des cavités accessoires, soit à des irritations locales produites par l'écoulement de pus. Si donc il s'est produit un polype, la muqueuse était atteinte de dégénérescence polypeuse et le lymphadénome s'est développé sur une muqueuse tout au moins myxomateuse.

CHAPITRE VI

Pronostic et marche.

Les affections lymphadéniques généralisées ont une marche assez rapide. Pendant que le processus lymphadénique fait des progrès, les tumeurs ganglionnaires se multiplient, et, parallèlement, l'état général chancelle, les forces baissent, l'amaigrissement se montre, les téguments pâlissent, la rate et le foie augmentent de volume, les troubles généraux de la santé s'accentuent, la cachexie apparaît, progresse et la mort survient. La durée de l'évolution morbide est comprise en moyenne entre un et deux ans, elle peut parfois se réduire à quelques mois.

Les lymphadénies ganglionnaires partielles durent un temps variable : les médiastiniques entraînent la mort par asphyxie assez rapidement sans permettre au malade d'arriver à un état de marasme avancé ; les mésentériques sont aussi rapides.

Les lymphadénies localisées, telles les spléniques, ont une durée plus longue, en moyenne trois ans, et peuvent aller

jusqu'à quatre ans et demi. Elles se terminent par un marasme profond.

La même affection, lorsqu'elle siège sur les amygdales, est d'allure rapide. L'organe malade peut acquérir des dimensions considérables, obstruant l'isthme, occasionnant des accès de suffocation mortels. Les téguments pâlissent, les membres s'émacient et s'infiltrent. Un malade de Cartaz se maintint, dit l'auteur, pendant deux ans, grâce à un traitement arsenical suivi avec une grande exactitude.

Un autre qui lui fut présenté dans un état très avancé mourut six à sept mois après le début probable de l'affection.

La lymphadénie testiculaire frappe les deux glandes simultanément ou successivement; bientôt se forment des productions à distance : l'état général peut encore être satisfaisant au moment de l'apparition de ces néoformations secondaires, mais il ne tarde pas à fléchir et au bout de quelques mois en général les malades succombent dans la cachexie (A. Gilbert).

La tumeur lymphadénique dont l'observation fait le sujet de notre thèse a débuté on ne peut savoir exactement à quelle époque; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle s'est accrue très rapidement. En effet, la malade raconte qu'un mois et demi avant qu'elle ne se présente à la clinique de M. le docteur Moure, elle n'avait que des épistaxis, 3 à 4 par jour, sans aucun autre symptôme, et vingt jours après, il lui était devenu absolument impossible de respirer par la narine du côté malade; la tumeur déjà volumineuse venait affleurer l'entrée des fosses nasales.

L'ablation en a été pratiquée le 13 novembre 1894; deux autres interventions peu importantes ont été nécessaires pour l'ablation complète de la tumeur, l'une douze jours, l'autre un mois après la première intervention.

Six mois après, seule une petite tumeur grosse comme un pois et reconnue au microscope pour être un myxome avait apparu dans le voisinage du point d'implantation primitif de la tumeur.

Nous avons revu notre malade dans le courant du mois de novembre. Elle ne présente plus aucune trace de récidive de tumeur maligne pas plus que de polype muqueux.

Nous croyons cependant que, dans le cas qui nous concerne, le pronostic était grave à cause du développement rapide et des allures malignes de la tumeur. Il est vraisemblable, en effet, qu'elle se serait probablement prolongée en arrière, provoquant de l'obstruction de la trompe et de l'otite catarrhale suivie de surdité, que le cornet inférieur aurait été envahi progressivement, et que, par suite de l'oblitération de plus en plus complète du canal nasal, on aurait observé, non seulement de l'épiphora, mais peut-être même de véritables tumeurs au-dessous des points lacrymaux. Elle aurait certainement envahi, en passant par l'infundibulum, les sinus de la face et l'orbite et aurait produit alors des déformations de la face.

Nous venons de voir aussi qu'une intervention chirurgicale précoce a préservé le sujet pendant plus d'un an. Est-ce à dire pour cela que le pronostic doive être favorable quand la tumeur a été opérée à temps ? Non, assurément, car tous les jours on voit des tumeurs à allure aussi maligne que le lymphadénome récidiver longtemps après, un an et plus après l'intervention.

Ne pourrait-il pas en advenir de même pour notre lymphadénome ? Mais ce ne sont là que des hypothèses sur lesquelles nous ne pouvons aucunement nous appuyer. Notre pronostic sera donc réservé jusqu'à ce que de nouveaux faits venant s'ajouter au nôtre permettent d'être plus affirmatif.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Plicque distingue au point de vue du diagnostic quatre grands groupes de tumeurs des fosses nasales :

Premier groupe. — Tumeurs pédiculées provenant, en général, de dégénérescences épithéliomateuses de néoplasmes bénins au début.

Deuxième groupe. — Tumeurs à base d'implantation limitée.

Troisième groupe. — Tumeurs à base diffuse.

Quatrième groupe. — Tumeurs inopérables ayant envahi les cavités accessoires.

Notre tumeur des fosses nasales aurait pu être classée dans le deuxième groupe. D'ailleurs cette classification est bien artificielle, et, d'autre part, il eût été difficile de décider si cette tumeur qui obstruait la narine, avait une base d'implantation non pédiculée, limitée et pas diffuse.

Les myxomes simples des fosses nasales ayant acquis un développement assez grand pour venir faire saillie à l'entrée des fosses nasales, changent souvent d'aspect peu à peu, et

au lieu d'avoir une surface luisante, bleuâtre, ils ont une surface qui devient rosée, se cutanise en quelque sorte. Le doigt que le malade porte à sa narine en déchire parfois les tissus ; il se produit alors des ulcérations en surface, et, sous cet aspect, il serait facile à qui ne serait pas prévenu de prendre cette tumeur pour une tumeur maligne ; mais en la repoussant, on peut découvrir une surface rosée rappelant l'état ordinaire et qui correspond à la partie que le malade ne peut atteindre avec ses doigts.

La confusion aurait pu être faite avec certaines tumeurs bénignes non pédiculées, les ostéomes en particulier, dont le grand développement peut déterminer des douleurs, surtout des hémorrhagies répétées, rappelant les troubles produits par des tumeurs malignes: dans certains cas, leur aspect et la vue d'une muqueuse grisâtre ont pu égarer le diagnostic. Mais l'appréciation de la dureté et de la consistance de la tumeur, grâce au stylet, une marche lente, tous symptômes de ces tumeurs, auraient empêché l'erreur.

L'enchondrome ne survenant que dans le jeune âge et n'ayant pas de marche envahissante, n'aurait pu être confondu avec le lymphadénome.

En 1894, Comperz, de Vienne, rapporte l'histoire d'un malade qui portait dans sa narine gauche, à environ 2 cent. 1/2 de la pointe du nez, une tumeur recouverte d'une muqueuse couleur rouge pâle. Le patient questionné, rapporta qu'il avait des épistaxis fréquentes, que « la place malade » était souvent le siège de démangeaisons et que le moindre contact provoquait une hémorrhagie : il s'agissait d'un lipome. Ce cas est unique jusqu'ici dans la littérature médicale. Au sujet de notre malade, nous n'aurions jamais songé à un lipome de cette nature par le seul examen clinique.

Plicque rapporte que des déviations de la cloison, des

abcès des fosses nasales, des calculs, des corps étrangers même, ont pu simuler des tumeurs malignes. Les calculs et les corps étrangers ainsi que les produits du coryza caséeux s'entourent de tissu bourgeonnant, charnu, pouvant en imposer pour des tumeurs malignes, mais la cocaïnisation de la muqueuse fera apparaître les corps étrangers en élargissant les cavités nasales.

On aurait pu penser à une localisation tertiaire de la syphilis; mais, outre, l'absence de commémoratifs, et, à défaut de commémoratifs, l'absence d'autres signes, l'aspect et l'étendue de la tumeur ne rappelaient point une gomme des fosses nasales. D'ailleurs dans ce cas, l'hémorrhagie est légère, et, au besoin, le traitement spécifique aurait tranché la question.

La tuberculose se présentant sous forme de granulations ne pouvait être un seul moment mise en question; cependant, la forme végétante aurait pu rendre le diagnostic plus délicat; il existe alors une véritable tumeur qui, par son volume peut finir par obstruer partiellement la cavité nasale (Cartaz). L'auscultation des poumons étant négative et l'aspect clinique des tumeurs étant presque le même dans les deux cas, l'examen histologique seul aurait permis de porter un diagnostic certain.

Le lupus, s'il existe simultanément sur les fosses nasales et sur le visage, est très facile à reconnaître. Il eût été primitif, ce qui est assez fréquent, que son aspect bourgeonnant avec ses nodules indurés et livides est suffisamment caractéristique.

On aurait pu penser à de l'épithélioma ou du carcinome, mais ces tumeurs sont rares dans les fosses nasales; de plus, elles sont généralement ulcérées. Le microscope aurait ici aussi fixé le diagnostic.

Il eût été facile de prendre encore notre lymphadénome pour un sarcome. En effet, de toutes les tumeurs malignes du nez, le sarcome est la plus fréquente, ce qui, toutefois, ne veut pas dire qu'on la rencontre souvent. Cette affection se produit surtout à l'âge de notre malade. Les symptômes du début sont d'ordre purement mécanique; la tumeur apparaît quelquefois comme une masse framboisée d'un rouge vif, saignant au moindre contact : ce dernier signe existait pour le lymphadénome. D'autres fois, la tumeur sarcomateuse a l'aspect blanchâtre que présentait la nôtre. On observe aussi dans le sarcome de l'épiphora, les épistaxis deviennent plus fréquentes en même temps que la gêne respiratoire augmente, la tumeur localisée d'abord sur un point des fosses nasales continue sa marche, occupe le cornet moyen, se prolonge pour produire plus tard d'autres complications du côté de l'appareil auditif, etc., tous symptômes que semblait devoir présenter notre lymphadénome, vu son rapide accroissement.

Le diagnostic n'a pas été posé d'emblée sur des données cliniques : le cas a été soumis aux histologistes qui l'ont résolu dans le sens que l'on sait.

C'est ici, pensons-nous, le lieu de signaler de quel précieux secours est le microscope en matière de diagnostic, surtout dans la pathologie des fosses nasales.

Très certainement, on groupe ensemble des tumeurs à allure clinique analogue, mais de nature très différente. Et si le cas de lymphadénome que nous publions est unique jusqu'ici, et si le lymphadénome reste longtemps une tumeur rarissime des fosses nasales, ne sera-ce pas parce que le microscope n'aura pas démêlé ce que la clinique aura parfois confondu ?

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Les indications du traitement dépendront du siège de la tumeur, de son mode d'implantation et aussi du degré de son développement.

Et d'abord, quel sera ce traitement — médical ou chirurgical?

Bien que Kundrat et Eisenmenger déclarent que le lymphadénome est un véritable *noli me tangere*, et que Cartaz prétende avoir retiré un réel bénéfice du traitement arsenical, nous n'hésitons pas un instant, en présence du résultat opératoire remarquable obtenu par M. Moure, à préconiser l'intervention chirurgicale toutes les fois qu'elle est possible, pourvu que la tumeur soit encore assez limitée et que l'état général soit bon.

Intervention par la voie endo-nasale. — Parmi les divers modes d'intervention, la méthode endo-nasale nous paraît devoir passer en première ligne et être employée de préférence, avec cette réserve cependant qu'on ne la pratiquera

que si la tumeur est à base pas trop diffuse. Cette méthode touche moins à la grande chirurgie que les méthodes que nous décrivons plus loin, et par lesquelles on se crée un large accès dans la fosse nasale, intervenant sur le nez lui-même. Elle est un peu à ces dernières ce que l'intubation est à la trachéotomie. Moins brillante, bien que dans beaucoup de cas elle exige des qualités sérieuses d'adresse et de sang-froid, elle aboutit souvent au même résultat avec le minimum de traumatisme, de frais et de dangers. Or, n'est-ce pas là un principe fondamental d'une saine thérapeutique chirurgicale que réalise fort bien la méthode endonasale?

Ce procédé permet de se dispenser de chloroforme que d'ailleurs un aide ne peut donner sans gêner beaucoup l'opérateur : on évite ainsi les dangers d'une anesthésie chloroformique, les désagréments que procure un malade fatalement endormi d'une manière incomplète, excité, peu docile, alors qu'on a besoin de son immobilité, surtout dans les cas d'hémorrhagie, enfin les ennuis d'une indisposition de quarante-huit heures, compliquée de vomissements, etc. A la rigueur, on peut user d'attouchements au chlorhydrate de cocaïne, moyen peu efficace à la vérité dans ces interventions sur les fosses nasales.

On n'a guère l'embarras du choix quand, une fois la voie nasale adoptée, il s'agit du procédé à employer. Aura-t-on recours à l'électrolyse? L'électrolyse dans les tumeurs malignes des fosses nasales n'a jamais eu pour résultat que de donner un coup de fouet à la tumeur.

M. le docteur Moure s'est servi avec succès de l'anse galvanique qu'il emploie du reste très souvent pour l'extirpation des tumeurs des fosses nasales. Ce procédé exige évidemment une main rompue à l'exploration et l'habitude de

l'éclairage au moyen du miroir frontal: aussi ce procédé n'est-il pas employé par la majorité des chirurgiens.

L'hémorrhagie produite par l'opération a été arrêtée par le tamponnement direct antérieur. S'il eût été nécessaire de faire le tamponnement postérieur, on se serait servi avec avantage de la sonde en caoutchouc.

Récemment, Beco, de Liége, à l'occasion de difficultés rencontrées dans un cas d'épistaxis grave, a imaginé de remplacer le tampon postérieur de ouate ou de gaze par une bourse en gaze iodoformée remplie de brindilles de ouate perchlorurée sèche. Le fil fixateur est attaché au sommet du tampon qui est conique; en tirant fortement sur ce fil, on engage fortement le tampon très avant dans la narine, et, au moyen du doigt, on refoule et on tasse contre la choane son extrémité postérieure de façon à dégager le plus possible le cavum et en tout cas à laisser libre la narine saine. La masse ne doit pas être trop volumineuse. La respiration est alors possible, le sommeil également, et l'on se trouve dans les meilleures conditions pour obtenir l'hémostase. Le tampon pharyngien habituel n'est indispensable que pour les hémorrhagies du cavum; dans les épistaxis, il ne sert que de point d'appui aux tampons antérieurs, lorsque ceux-ci sont insuffisants. Malheureusement il supprime la respiration nasale, ce qui chez l'adulte est souvent un obstacle à tout repos, en tout cas au sommeil.

Pour des raisons analogues, l'auteur supprime le fil buccal destiné à retirer le tampon postérieur ou la bourse de gaze. Il est aisé généralement ou de le saisir avec une pince à adénoïdes ou de le refouler par le nez. Ce fil est incommode, il provoque des mouvements de déglutition et des accès de toux fort nuisibles. Enfin, l'auteur a l'habitude de graisser les tampons de gaze à la vaseline boriquée ou à l'huile

mentholée, ce qui facilite l'introduction et le retrait des masses obturantes, rend les manœuvres moins douloureuses et, en diminuant l'adhérence, expose infiniment moins aux hémorrhagies secondaires. C'est surtout dans le tamponnement antérieur post-opératoire que cette pratique est précieuse.

Cette manière de procéder offre sur les anciennes méthodes, auxquelles elle n'a pas la prétention de se substituer exclusivement, des avantages qui méritent qu'on l'emploie couramment.

L'emploi d'un ballon de baudruche gonflé par l'air et celui d'une série de tampons en chapelet paraît moins pratique.

Nombreux sont les procédés qui permettent de se frayer un large accès pour l'ablation des tumeurs des fosses nasales. Nous les indiquons ici, bien qu'ils ne se rapportent pas à notre observation : ils seraient employés dans le cas de tumeur lymphadénique non opérable par la voie endo-nasale. Ces procédés peuvent être ramenés à quatre principaux : 1° Procédé de Verneuil; 2° procédé de Chassaignac; 3° procédé d'Ollier; 4° procédé de Lawrence.

Chacun de ces procédés comprend deux temps : dans le premier, le chirurgien se fraye un passage en luxant le nez soit en haut, soit en bas, sur le côté, etc.; dans le deuxième, il pratique l'ablation du néoplasme.

Il est indiqué au préalable de pratiquer un tamponnement rigoureux des orifices postérieurs des fosses nasales afin d'empêcher l'écoulement des liquides dans le larynx et le pharynx.

Procédé de Verneuil. — Incision commençant à la racine du nez pour s'arrêter à un centimètre et demi du lobule; deux autres incisions partent de l'extrémité inférieure de la

première pour pénétrer dans les narines. C'est, en somme, une incision en Y renversé.

Ce mode d'intervention n'est guère indiqué que pour les tumeurs de faible volume situées sur la cloison. Nous croyons que, de parti pris, on peut négliger ce procédé, et, toutes les fois que le lymphadénome réunira les conditions que nous venons d'énumérer, nous donnerons la préférence à la voie endo-nasale dont une main exercée peut retirer les meilleurs effets.

Procédé de Chassaignac. — Le procédé de Chassaignac consiste à établir un volet que l'on rabat sur un des côtés de la face en faisant deux incisions horizontales, une supérieure sur la racine du nez, d'un angle orbitaire à l'autre; l'autre inférieure, immédiatement au-dessus du nez et d'une aile à l'autre. Ces incisions horizontales sont réunies par une troisième verticale qu formera le bord libre du volet.

Procédé d'Ollier. — Celui d'Ollier consiste en une incision en fer à cheval commençant au niveau postérieur de l'aile du nez, à droite, remontant vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin, jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez.

Procédé de Lawrence. — Le procédé de Lawrence est un mode de résection temporaire, qui transforme l'auvent nasal en un lambeau ostéo-chondro-cutané, destiné à être relevé sur le frontal : deux incisions partent du côté interne des sacs lacrymaux, divisent les téguments de chaque côté du nez et se terminent au point de jonction des ailes du nez avec la lèvre supérieure; le chirurgien coupe l'apophyse montante du maxillaire supérieur et les os du nez avec des cisailles, divise la cloison et relève le nez sur le front.

La tumeur à enlever est alors bien à découvert.

Il y a longtemps déjà que Chassaignac avait fait le procès de la méthode d'Ollier. A ce sujet, il avait déclaré, avec plus d'esprit que de raison, qu'un nez rajusté, après avoir été détaché par ce procédé, ressemblait à un nez de carton. Il y a là de l'exagération évidente, mais aussi du vrai ; il est certain que l'incision extérieure d'Ollier est double de celle de Chassaignac, d'où une cicatrice deux fois plus grande, ce qui nuit certainement, sinon deux fois plus, du moins plus à lesthétique du résultat opératoire. C'est certainement une considération dont on doit tenir compte, puisqu'il s'agit de la face.

De plus il se produit dans ce premier temps de l'opération une hémorrhagie en nappe très gênante et déjà considérable pour l'incision unilatérale; elle sera évidemment beaucoup plus importante dans l'incision à deux côtés en fer à cheval d'Ollier. Et, dans certains cas particulièrement défavorables, l'hémorrhagie produite pourra mettre en danger la vie du malade et obliger le chirurgien à passer un temps très long, plusieurs heures, à pratiquer l'hémostase : c'est ce qui est arrivé à Adenot (de Lyon).

Certains chirurgiens ont, au moment d'user du procédé d'Ollier, une sorte d'appréhension que le pédicule du lambeau soit insuffisant à la nutrition de l'organe remis en place. Il est certain que cette crainte est exagérée puisque l'événement lui donne tort. Grâce à la richesse des réseaux vasculaires, la régénération des tissus se fait facilement. Mais enfin, dans certains cas très défavorables, cette complication ne pourrait-elle se produire ?

On a reproché encore au procédé d'Ollier d'amener parfois l'affaissement du nez. En revanche, d'autres chirurgiens proclament les grands avantages de ce procédé.

Le procédé de Lawrence est passible des mêmes objections.

Nous regrettons vivement que, dans le cours de nos études, il ne nous ait pas été donner de voir un grand nombre de ces interventions sur les fosses nasales. Nous avons cependant vu pratiquer à deux reprises le procédé de Chassaignac par nos maîtres de l'hôpital Saint-André et nous avons pu constater à chaque fois : 1° que grâce au rabattement du nez en volet sur la joue on apercevait parfaitement les tumeurs des fosses nasales ; 2° que la voie fort large permettait de les aborder franchement.

Nos préférences seraient donc pour ce dernier procédé, puisqu'à résultats favorables à peu près égaux, il offre sur les autres l'avantage d'exiger beaucoup moins de délabrements.

Toutefois nous nous réserverions d'user de la méthode d'Ollier dans les cas où la tumeur existerait : 1° dans les deux fosses nasales ; 2° quand elle siègerait très profondément.

Dans tous les cas, il est bon que l'on sache que les lymphadénomes en général (bien que ce ne soit pas le cas de celui que nous avons observé) sont des tumeurs molles dont l'ablation ne sera que trop souvent un mélange d'arrachage, de grattage, de cautérisations.

Enfin, si la tumeur envoie des prolongements ethmoïdaux et cérébraux, doit-on la laisser intacte? Saxer préconise l'extirpation totale des grosses tumeurs du nez par le crâne.

Pour nous, bien que la chirurgie cranienne soit à l'ordre du jour, bien que certains chirurgiens aient réalisé récemment des prodiges d'audace, d'ailleurs souvent couronnée de succès, nous ne croyons pas que l'état actuel de la chirurgie autorise d'une manière générale de pareilles interventions.

Observation

(Due à l'obligeance de M. le docteur Moure.)

Femme X..., âgée de quarante-cinq ans, se présente à la clinique de M. Moure, le 13 novembre 1894, pour obstruction de la narine droite.

Elle raconte que, depuis un mois et demi, elle a des épistaxis qui se répètent quatre à cinq fois par jour, se produisant dès qu'elle veut se baisser. Quinze jours avant son arrivée, impossibilité absolue de respirer par la narine droite : elle a senti dès ce moment, dans cette narine, « une petite boule » qui venait en affleurer l'orifice externe.

Aucun antécédent d'aucune nature : elle a eu une grossesse qui s'est terminée il y a sept mois et est nourrice depuis cette époque.

Etat général excellent, santé florissante, pas de signes de leucémie.

A l'inspection, on constate dans la narine droite une tumeur blanc-grisâtre, dure au toucher, saignant au moindre contact et obstruant complètement la narine. Ce qu'on peut voir de la muqueuse avoisinante paraît sain.

On peut introduire un stylet entre la tumeur et la paroi des fosses nasales, on en peut ainsi faire le tour, sauf au niveau de la partie supérieure où le stylet est arrêté et où l'on pense que se trouve le point d'implantation.

A l'examen rhinoscopique postérieur, on voit la tumeur qui vient bomber dans la choane droite qu'elle obstrue complètement. Elle présente un aspect analogue à celui qu'elle a à la face antérieure. La tumeur ne s'étend pas dans le naso-pharynx. La cloison nasale n'est pas déviée, les cornets sont un peu aplatis, comme cela se produit chaque fois qu'il existe une tumeur, bénigne ou maligne, qui agit par simple compression.

Il n'existe pas de déformation extérieure apparente; pas de changement de la coloration de la peau du nez : seule l'aile droite fait saillie, soulevée par la tumeur. Les os propres du nez ne sont ni infiltrés, ni douloureux.

La malade présente des phénomènes d'obstruction nasale. Dans l'intervalle des épistaxis s'écoule de cette narine un liquide fétide et séro-sanguinolent.

La voix est légèrement nasonnée.

Pas de douleur, pas de névralgie.

Pas de réflexes : éternuements ou asthme.

Une portion de la tumeur est enlevée pour être examinée, ce qui donne lieu à une hémorrhagie qui nécessite un tamponnement de vingt-quatre heures.

Huit jours après, M. le docteur Moure enlève la totalité de la tumeur implantée sur la partie antérieure du cornet moyen : cette opération est faite à l'anse galvanique. Une nouvelle hémorrhagie se produit nécessitant un tamponnement de plusieurs heures.

Douze jours plus tard, nouvelle intervention peu importante; une autre, un mois après : ces deux dernières dues à ce que la tumeur n'avait certainement pas été complètement enlevée la première fois.

Six mois après, le cornet moyen est parfaitement reconnaissable; on constate seulement la présence d'un petit polype muqueux sortant de l'infundibulum et que M. Brindel enlève séance tenante, à l'anse, sans aucune hémorrhagie : il était de la dimension d'un gros pois.

La malade a été revue au mois de novembre 1895, un an après l'opération : pas la moindre trace de récidive.

L'état général est toujours excellent.

L'examen histologique de la première tumeur démontre qu'il s'agit d'un lymphadénome : la petite tumeur découverte au bout de six mois et demi était un polype muqueux.

CONCLUSIONS

1° Aux tumeurs des fosses nasales déjà décrites par les auteurs, on doit ajouter le lymphadénome. Cette affection serait peut-être plus souvent observée si le diagnostic histologique était fait pour toutes les tumeurs de cette région.

2° L'étiologie en est obscure comme celle des tumeurs de même nature siégeant sur les autres organes.

3° Ce lymphadénome présente à peu près les mêmes symptômes que les autres tumeurs malignes des fosses nasales, les allures cliniques d'un néoplasme et une constitution histologique identique à celle des lymphadénomes des autres régions.

4° Il semble qu'il est plutôt d'origine néoplasique que d'origine infectieuse.

5° Il comporte un pronostic grave : toutefois nous sommes persuadé que si l'on intervient à temps, le pronostic doit être

réservé. La seule observation que nous possédions ne nous permet pas d'être plus affirmatif.

6° Le microscope seul permet de trancher catégoriquement la question de diagnostic.

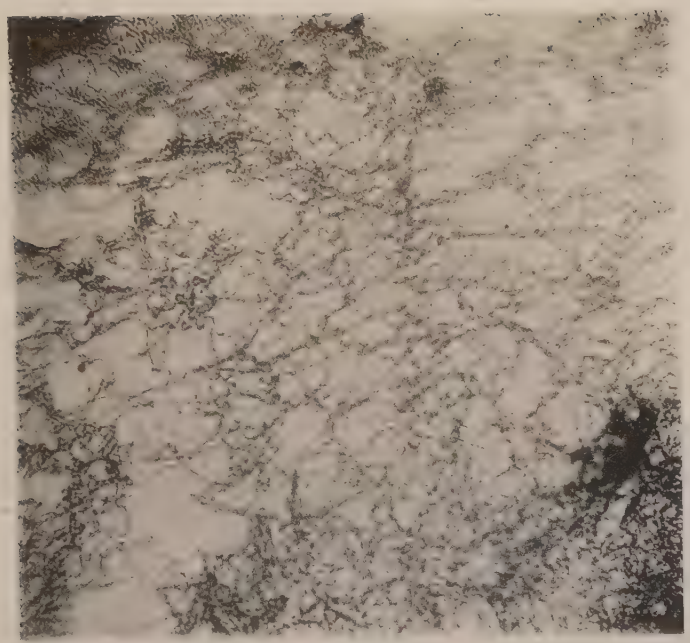
7° Lorsque la tumeur sera assez limitée dans les fosses nasales, l'ablation en sera pratiquée, de préférence à l'anse galvanique, par la voie endo-nasale.

Quand cette voie ne sera plus suffisante, on interviendra par les autres procédés.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Bordeaux, le 30 décembre 1895.
Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
Dr DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur :
A. COUAT



Reproduction photographique d'une coupe de la tumeur vue au microscope.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ADENOT. — *Lyon médical*, 28 avril 1895.

BECO. — *Société Belge d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 1895.

BRAQUEHAYE et BOURSIER. — *Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 1889.

CARTAZ. — Deux cas de lymphadénome de l'amygdale. *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 juin 1895.

CHIARI. — Du lympho-sarcome du pharynx. 66e réunion des médecins et naturalistes allemands, Vienne, septembre 1891 et septembre 1894.

COMPERZ. — Du développement des lipomes dans la pituitaire. *Monatsschrift für Ohrenheilk*, septembre 1894.

COYNE. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1894.

COZZOLINO. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1887

A. DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1896.

DELSTANCHE. — *Société Belge d'otologie et de laryngologie*, 1895.

EISENMENGER. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 28 décembre 1893, nº 12.

GÉRARD-MARCHAND. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, tome IV.

A. GILBERT. — *Traité de médecine de Charcot et Bouchard*, tome IV.

GROSSMANN. — Réunion des médecins allemands, septembre 1894.

GUYE. — *Société britannique de médecine*, 31 juillet 1895.

HELME. — Les sarcomes primitifs des fosses nasales. *Union médicale*, 23 février 1895.

HUON. — *Société Belge d'otologie et de laryngologie*, 1895.

JUFFINGER. — Réunion des médecins allemands, septembre 1894.

KOSHIER. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1893, n° 38.

KUNDRAT. — *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1883, n° 13.

LUC. — *Société britannique de médecine*, 31 juillet 1895.

M. BRIDE. — *Société britannique de médecine*, 31 juillet 1895.

MOURE. — Maladies des fosses nasales.

A. PLICQUE. — Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales.

QUÉNU. — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, tome I, Art. « Lymphadénome ».

SAXER. — Extirpation totale des grosses tumeurs du nez par le crâne.

SCHIFFER. — De la transformation anatomo-pathologique des myxomes du nez. (Congrès international d'otologie, laryngologie et rhinologie, 1887, Paris.)

SIKKEL (d'Utrecht). — Lymphadénome carcinomateux des fosses nasales. *Société néerlandaise de laryngologie, otologie, rhinologie.*

STŒRK. — Du lympho-sarcome du pharynx et du larynx. (Réunion des médecins allemands, septembre 1894.)

WODON. — *Société belge d'otologie et laryngologie*, 16 juin 1895.

WURTZ et LERMOYEZ. — *Annales des maladies du larynx*, octobre 1893.

ZUCKERKANDL. — *Société britannique de médecine*, 31 juillet 1895.

Bordeaux. — Imprimerie du Midi, P. CASSIGNOL, 91, rue Porte-Dijeaux.